

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2014

Tanja Larila, Rosa Larjama, Maria Lekari

PÄIHDE- /MYRKYTYSPOTILAAN KULKU TURUN YLIOPISTOLLISESSA KESKUSSAIRAALASSA VUOSINA 2008 JA 2013



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tanja Larila, Rosa Larjama, Maria Lekari

PÄIHDE- /MYRKYTYSPOTILAAN KULKU TURUN YLIOPISTOLLISESSA KESKUSSAIRAALASSA

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää päihde-/myrkytyspotilaan kulkua ja hoidon kestoa Turun yliopistollisessa keskussairaalassa (Tyks). Tavoitteena on analysoida potilaan kulkua, vertailla kahden eri vuoden tyypillisintä potilasta ja kartoittaa, mitä toimialueita/osastoja potilaat työllistävät. Päihde-/myrkytyspotilaalla tarkoitetaan X69 -diagnosoitua eli tahallisesti itseään myrkyllä tai muulla vahingollisella aineella myrkyttäneitä potilasta.

Opinnäytetyössä käytettiin Tyksiltä saatuja tilastoja myrkytyspotilaista vuosina 2008 ja 2013. Tilastot analysoitiin Excelillä ja saadut tiedot muutettiin graafisiksi.

Vuonna 2008 tyypillinen päihde-/myrkytyspotilas oli 21–25 -vuotias nainen, joka saapui hoitoon marraskuuna sunnuntaina kello 01–02 lääkainemyrkytyksen vuoksi. Päivystyksestä potilas siirrettiin sisätautien osastolle 012, jossa potilasta hoidettiin 1,56 vuorokautta ja kotiutettiin samalta osastolta. Vuonna 2008 X69 -potilaita hoidettiin Tyksissä 574.

Vuonna 2013 tyypillinen potilas oli 21–25 -vuotias nainen, joka saapui hoitoon heinä- tai elokuuna lauantaina kello 20–21 tai 01–02. Potilas saapui osastohoitoon päivystyksestä tai poliklinikalta ja hänet siirrettiin akuutille sisätautiosastolle TO5A lääkainemyrkytyksen vuoksi. Hoitopäiviä kertyi 1,34 ja potilas kotiutettiin poikkeuksesta samalta osastolta, jonne oli saapunut. Vuonna 2013 X69 -potilaita oli 39 % vuoteen 2008 verraten, yhteensä 226.

Vuonna 2013 potilaista noin puolet saapui hoitoon poliklinikalta, kun taas vuonna 2008 lähes kaikki myrkytyspotilaat tulivat osastoille päivystyksestä. Vuonna 2013 Tyksin organisaatiomuutoksen jälkeen potilas kotiutettiin poikkeuksesta samalta osastolta kuin hän oli hoitoon saapunutkin, kun taas vuonna 2008 kotiuttavia osastoja oli useita.

Opinnäytetyön tuloksiin on suhtauduttava kriittisesti, sillä Tyksin organisaatiomuutos heikensi vuosien vertailtavuutta keskenään ja tilastotieto ei ollut kaikilta osin luotettavaa johtuen puutteellisista/virheellisistä tiedoista.

ASIASANAT:

myrkytyspotilas, päihdemyrkytyspotilas, TYKS organisaatiomuutos, X69

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Registered nurse

May 2014 | Total number of pages 41 + 2 appendix

Instructor PhD, MNSc Maika Kummel

Tanja Larila, Rosa Larjama, Maria Lekari

THE PATH OF AN INTOXICATED/POISONED PATIENT INSIDE THE TURKU UNIVERSITY HOSPITAL

The aim of this thesis is to clarify the path and the duration of treatment of an intoxicated/poisoned patient inside the Turku University Hospital (Tyks). The objective is to analyze the state of intoxicated/poisoned patient traffic, compare the patients between two different years and map which field of operation/ward those patients keep busy the most. Intoxicated/poisoned patient means a patient diagnosed with X69-diagnosis (intentionally caused intoxication).

Statistics of poisoned patients in years 2008 and 2013 used were provided by Tyks. They were analyzed with Excel and transformed into charts.

A typical X69 patient in the year 2008 was a 21-25-year-old woman who checked in for treatment on a Sunday in November at 1-2 o'clock a.m for medicinal intoxication. From the emergency room the patient was sent to medical ward 012, was treated for 1, 56 days and was discharged usually from the same ward. In 2008 there were 574 X69 patients in Tyks.

A typical X69 patient in the year 2013 was a 21-25-year-old woman who checked in on a Saturday in July or August at 1-2 o'clock a.m. or 8-9 o'clock p.m for medicinal intoxication. The patient was admitted in acute medical ward TO5A from emergency room or as a transfer from dispensary outpatient clinic, stayed for 1, 34 days and was discharged from the same ward as admitted in. In the year 2013 there were only 226 X69 patients.

In the year 2013 nearly half of the patients were admitted to ward from dispensary outpatient clinics whereas in the year 2008 almost every patient was admitted to ward from the emergency room. In the year 2013, after the organization rearrangement of Tyks, the patient was always discharged from the same ward she was admitted in. In 2008 there were several wards discharging patients.

Results should be seen in a critical point of view for the organization rearrangement weakened the comparability between years and the statistics was not reliable in all respects due to inadequacy and errors.

KEYWORDS:

Intoxicated patient, poisoned patient, TYKS organization rearrangement, X69

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TIETOA PÄIHDE- / MYRKYTYSPOTILAAN HOIDON KULUSTA	8
2.1 Keskeiset käsitteet	8
2.2 Aikaisempaa tutkimustietoa päihde-/myrkytyspotilaan kulusta	11
2.3 Kunnalliset ja alueellisetmielenterveys- ja päihdepalvelut	13
2.4 Myrkytyspotilaan hoito	15
2.4.1 Alkoholimyrkytyksen hoito	16
2.4.2 Huumemyrkytyksen hoito	17
2.4.3 Lääkemyrkytyksen hoito	17
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA OHJAAVAT KYSYMYKSET	19
4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS	20
4.1 Tutkimusmenetelmä	20
4.2 Aineistot	20
4.3 Aineistojen analysointi	21
5 TULOKSET	23
6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	34
6.1 Luotettavuus	34
6.2 Eettisyys	35
7 POHDINTA	36
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	39
LÄHTEET	40

LIITTEET

Liite 1. Päihteiden vaikutuksia 2012
Liite 2. Myrkytyspotilaan välitön hoito.

KUVIOT

Kuvio 1. Potilasmäärät kuukausittain 2008 ja 2013.	28
Kuvio 2. Potilasmäärät viikonpäivinä 2008 ja 2013.	29
Kuvio 3. Hoitoon saapumiskellonaika 2008.	30
Kuvio 4. Hoitoon saapumis-kellonaika 2013.	31
Kuvio 5. Sukupuolijakauma 2008.	31
Kuvio 6. Sukupuolijakauma 2013.	31
Kuvio 7. Potilaiden ikäjakauma 2008.	32
Kuvio 8. Potilaiden ikäjakauma 2013.	33

TAULUKOT

Taulukko 1. Potilaiden päädiagnoosit 2008.	23
Taulukko 2. Potilaiden päädiagnoosit 2013.	24
Taulukko 3. Potilaiden saapumistapa 2008 ja 2013.	25
Taulukko 4. Saapumis- ja kotiuttamisosastot 2008.	25
Taulukko 5. Saapumis- ja kotiuttamisosastot 2013.	27
Taulukko 6. Hoitopäivien lukumäärät 2008 ja 2013.	27

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää päihde-/myrkytyspotilaan kulua ja hoidon kestoa Turun yliopistollisessa keskussairaalassa (Tyks). Tarve opinnäytetyölle on syntynyt Hoi-Pro -hankkeen toimeksiantona. Aikaisempaa tutkimustietoa aiheesta on varsin vähäisesti. Medisiinisen toimialueen johtaja Ilkka Kantola on tehnyt selvityksen, jossa sisätautien klinikalla seurattiin syksyllä 2003 kolmen kuukauden aikana ensiapuun tulevia myrkytysdiagnoosin saaneita potilaita. Tämän Opinnäytetyön tavoitteena on analysoida potilaan kulun tämänhetkistä tilannetta ja kartoittaa, mitä toimialuetta potilaat työllistävät eniten. Opinnäytetyössä käytetään Tyksiltä saatavia tilastoja myrkytyspotilaista vuosilta 2008 ja 2013. Näin ollen myös ajallinen vertailu päihde-/myrkytyspotilaan tilanteesta ja sen kehittymisestä mahdollistuu. Tuloksiin on kuitenkin suhtauduttava kriittisesti, sillä organisaatiomuutos heikensi vertailtavuutta vuoden 2008 aineistoon ja tilastotieto ei ole kaikilta osin luotettava johtuen puutteellisista/virheellisistä tiedostoista.

Päihde- /myrkytyspotilaalla tarkoitetaan X69 -diagnoosin saanutta potilasta. X69 -diagnoosi on ICD 10 -tautiluokituksen mukainen koodi, joka tarkoittaa itseään myrkyllä tai muilla vahingollisilla aineilla tahallisesti vahingoittanutta potilasta (Nurmi-Lüthje ym. 2011, 1910). Potilaan kululla tarkoitetaan sitä, mille toimialueelle (vuonna 2013) tai osastolle (vuonna 2008) potilas ensiavun jälkeen sijoittuu.

Opinnäytetyö on osa Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojektia (Hoi-Pro). Projekti on Turun ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) yhteistyössä toteuttama ja se on ollut osa T-sairaalan toiminnallisen kehittämisen hanketta (T-Pro). Hoi-Pro projektin tavoitteita ovat toimialuekohtaiseen toimintamalliin siirtymisen tukeminen, hoitohenkilöstön osaamisen kuvaus toimi- ja palvelualueittain, yhteistyön lisääminen korkeakoulun ja sairaanhoitopiirin välillä sekä VSSHP:n vetovoimaisuuden lisääminen. (Turun Ammattikorkeakoulu 2012.)

Organisaatiomuutoksen myötä Tyksissä siirryttiin uuteen, toimialuekohtaiseen toimintamalliin. Potilas ohjautuu toimialueelle oireiden ja hoidon tarpeiden mukaisesti. Ideana on, että kaikki tarvittavat palvelut ovat potilaan ympärillä. Tämä vähentää riskejä potilaan hoidossa. (Jääskeläinen 2011.) Tyksissä on kahdeksan toimialuetta, joista jollekin potilas ohjautuu saamaan hoitoa (Halsinaho 2013).

Projekti toteutuu ajallisesti kolmessa vaiheessa: toimialuekohtaisen hoitotyön suunnittelu, toteutus ja kolmantena arviointi. Tällä hetkellä projekti on edennyt toteutusvaiheeseen. Projektipäällikkönä Hoi-Pro hankkeessa toimii Turun AMK:n lehtori Maika Kummel. (Turun Ammattikorkeakoulu 2012.)

2 TIETOA PÄIHDE- / MYRKYTYSPOTILAAN HOIDON KULUSTA

2.1 Keskeiset käsitteet

Suomessa käytettyjä *päihteitä* ovat alkoholi, erilaiset huumeet, tupakka sekä impattavat lakat ja liimat. Myös päihtymistarkoituksessa hankitut lääkkeet luokitellaan päihteiksi. Päihteitä käytetään aineiden laillisuudesta tai laittomuudesta riippumatta haitallisesti. Aineet ovat kemiallisia aineita, yhdisteitä tai luonnon tuotteita, jotka vaikuttavat ja jatkuvasti käytettyinä muuttavat hermostoa ja näin vaikuttavat tajuntaan, tietoisuuteen, fyysisiin sekä psyykkisiin toimintoihin. Päihteet jaetaan vaikutuksen mukaan kolmeen ryhmään: keskushermostoa lamaavat aineet, keskus- ja sympaattista hermostoa kiihdyttävät aineet sekä harhoja aiheuttavat aineet. Päihteiden käyttö jaetaan kokeilu-, satunnais-, tapa-, suur- ja riippuvuuskäyttöihin. (Holopainen 2005; Havio ym. 2008, 53–55; Rathnayake 2011, 2; Hannula ym. 2012, 9; Huttunen 2013). Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä päihteistä tupakkaa.

Päihdemyrkytys syntyy, kun elimistö ei kykene enää käsittelemään siihen tuotua päihdyttävää ainetta, jolloin kehon toleranssi ylittyy. Toleranssi tarkoittaa kehon tottumista käytetyn aineen vaikutuksiin, mikä usein johtaa aineen käytön määrän lisääntymiseen. Kokenut käyttäjä pystyy käyttämään kymmenkertaisia määriä enemmän päihdettä kuin kokematon käyttäjä. (Hannula ym. 2012, 14, Huttunen 2013.) Päihdemyrkytystila vaatii välitöntä hoitoa terveyskeskuksessa tai sairaalassa. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 183–184).

90 % suomalaisista käyttää *alkoholia*, joka on Suomessa yleisesti hyväksytty ja laillinen päihde. Alkoholin kulutus on ollut nousujohteista 1960-luvulta lähtien, kunnes se vuonna 2007 lähti laskuun. 2012 määrä on ollut alle kymmenen litran puhdasta alkoholia henkeä kohden vuositasolla, ensimmäisen kerran kymmenen vuoteen (Varis 2013; Havio ym. 2008, 53.)

Alkoholi on keskushermostoa lamaava aine, joka vaikuttaa hermojärjestelmään monella eri tavalla. Alkoholin toivotut vaikutukset saavat ihmiset juomaan: virkistuminen, mielialan kohottaminen ja estojen poistuminen. Alkoholin käytöllä on valitettavasti kuitenkin enemmän huonoja, kuin hyviä puolia: esimerkiksi onnettomuusalttius, pahoinvointi, arviointikyvyn heikkeneminen, kömpelyys sekä reagoitakyvyn laskeminen. (Kiianmaa ym. 2003, 120–122.)

Alkoholista puhuttaessa esille nousevat ongelmakäyttäjät, *alkoholistit*. Alkoholista kokeilemattomat/käyttämättömät, satunnaiskäyttäjät ja vähän käyttävät luokitellaan ongelmatomiksi. Myös kohtuukäyttäjät luokitellaan tähän ryhmään, ellei alkoholista ole tullut ongelmaa. Kohtuukäyttäjät kuuluvat myös alkoholista johtuvien terveyshaittojen ehkäisyn piiriin. He ovat niitä, joilla ei vielä ole terveysongelmia. Suurkuluttajat lasketaan myös tähän ryhmään. Alkoholitit ja riippuvaiset ovat ongelmatilanteessa ja heillä tavoitteena on sairauksien ehkäisy, hoito, tilanteen pahenemisen estäminen ja haittojen lieventäminen. (Havio ym. 2008, 55.)

Alkoholimyrkytys on kliinisesti selvä vahva humalatila. Useimmiten yli 3 promillen alkoholipitoisuutta seuraa tajuttomuus ja sammuminen. Yli 4 promillen pitoisuus johtaa usein kuolemaan. (Havio ym. 2008.) Vuonna 2012 Suomessa kuoli alkoholimyrkytykseen 375 henkilöä, joista 76 % oli miehiä. Vuonna 2006 alkoholimyrkytykseen kuolleita oli lähes 600. (Varis 2012.) Myrkytyksen oireet ovat muun muassa korkea syke, tajuttomuus, hengityslama ja hypoglykemia. (Kiianmaa ym. 2003, 288.) Vuonna 2012 32 506 hoitajaksossa vuodeosastoilla alkoholisairaus oli pää- tai sivudiagnoosina ja 2 532 ihmistä kuoli alkoholin käytön vuoksi (Liite 1).

Naiset ovat ottaneet miehiä kiinni juomatavoissa. Vuonna 2011 miehistä 13 % ja naisista 14 % ilmoitti, ettei ole käyttänyt alkoholia lainkaan viimeisen kuluneen vuoden aikana, kun vastaavat luvut vuonna 1982 olivat 15 % ja 31 %. (Helakorpi ym. 2013.)

Vaikuttavan aineen mukaan jaettuna *stimuloivia eli keskushermostoa kiihdyttäviä aineita* ovat muun muassa amfetamiini ja kokaiini. *Keskushermostoa lamaa-*

via aineita ovat muun muassa morfiini, heroiini, kodeiini ja oopiumi sekä rauhoittavat lääkkeit. *Hallusinogeeneistä* puhutaan kun tarkoitetaan harha-aisteja tuottavia aineita. (Hannula ym. 2013, 11; Sairanen & Tacke 2009; Surakka 2010.) Suomessa huumeiden käyttö on uudelleen yleistynyt 2010-luvun vaihteessa tasaisemman jakson jälkeen. Erityisesti 25–34 -vuotiaiden miesten kannabiksen käyttö on lisääntynyt. Tämä on selkeästi yhteyksissä kannabiksen kotikasvatuksen lisääntymiseen. (Forssell ym. 2012, 41.)

Yliannostus syntyy liian nopeasta annosmäärän noususta kehosta, joka pahimmillaan johtaa kuolemaan. Keho reagoi eri tavoin eri huumausaineeseen. Keskushermostoa lamaavat aineet hidastavat elintoimintoja ja näin voivat johtaa esimerkiksi hengityslamaan tai verenpaineen laskuun. Stimulantit eli kiihdyttävät aineet johtavat helposti sydämen pysähtymiseen, pyörtymiseen tai kouristukseen. (Päihdelinkki.fi 2011; Hannula ym. 2013, 15.) Huumekuolemien määrän lisääntymiseen (vuonna 2006, 191 kpl; vuonna 2010 304 kpl) liittyy sekakäytön yleisyys, huumeiden käytön riskit, kokemattomuus, lääkkeiden päihdekäyttö sekä mielenterveysongelmat. (Forssell ym. 2012, 84, 97.)

Yleisin *päihteiden sekakäytön* muoto on alkoholin, lääkkeiden ja/tai huumeiden samanaikaista tai vuoroittaista käyttöä. Tarkoitus on vahvistaa halutun aineen vaikutusta ja lievittää muista tulevia vieroitusoireita. Myös tahatonta sekakäyttöä ilmenee: esimerkiksi alkoholin haittavaikutusten korjaamista lääkkeiden avulla. Aineita käytetään myös toistensa korvikkeina ensisijaisen aineen loppuessa. Sekakäyttö aiheuttaa enemmän ongelmia kuin yksittäiset päihteet: yliannostuksen, infektioiden, tapaturmien ja kuolemien riski lisääntyy ja potilaan hoito on haastavampaa. (Havio ym. 2008, 64–65; Holopainen 2011, Seppä ym. 2012, 71.)

Päihdehuollon asiakkaista yli puolella oli vähintään kolme ongelmapäihdettä ja kolme neljästä asiakkaasta käytti opioideja. Opioidien lisäksi asiakkaat käyttivät bentsodiatsepiineja sekä alkoholia, jotka aiheuttavat eniten sekakäytöstä johtuvia kuolemia Suomessa. (Forssell & Nurmi 2012.)

X 69 on ICD 10 – tautiluokituksen mukainen koodi (Hannula ym. 2012, 49), jolla ilmaistaan potilasta, joka on tahallisesti vahingoittanut itseään myrkyllä tai muilla vahingollisilla aineilla (Nurmi-Lüthje ym. 2011, 1910). X69 kuuluu X60-X84 yläryhmään ”itsemurha tai muu tahallinen itsensä vahingoittaminen”, mikä puolestaan kuuluu ylälukuun ”vammojen, sairauksien ja kuoleman ulkoiset syyt”.

Hoitoketjulla tarkoitetaan potilaan kulkua ja hoitoa, esimerkiksi kotoa sairaalaan, kulkeutumista sairaalan sisällä ja eri laitosten välillä. Hoitoketju päättyy siihen, kun potilas on taas kotona. (Rantala ym. 2008, 17.) Hoitoketjut ovat soveltavia alueellisia toimintaohjeita, jotka on rakennettu yleisesti hyväksyttyjen kliinisten käytäntöjen avulla. Hoitoketjuissa pyritään kuvaamaan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, yksityissektorin ja mahdollisesti sosiaalitoimen ja Kelan tehtävät sekä työnjako siitä, miten potilasryhmien hoito järjestetään (Ketola ym. 2006, 7; Hannula ym. 2012, 20).

2.2 Aikaisempaa tutkimustietoa päihde-/myrkytyspotilaan kulusta

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella ei ole aikaisemmin valmistunut vastaavaa työtä, joten aihe on koettu tarpeelliseksi. Aihetta sivuavia tutkimuksia ja artikkeleita on jonkin verran, sekä muutama opinnäytetyö muualla Suomessa. Opinnäytetyön viitekehystä rakentaessa on käytetty laajasti eri tietokantoja: Medic, Cinahl, Joanna Briggs Institute sekä manuaalista tiedonhakua esimerkiksi opinnäytetyökanta Theseusta.

Hannula, Mäki ja Peippo (2012) ovat tehneet kirjallisuuskatsauksen Päihde- ja päihdemyrkytyspotilaan hoitoon johtaneista syistä sekä hoidon kulusta Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Katsauksen yhden johtopäätöksen perusteella päihde- ja päihdemyrkytyspotilaat työllistävät päivystysyksiköitä, joista potilas ohjataan yleensä kirurgian, sisätautien tai psykiatrian osastoille. Lisäksi he toteavat, että henkilökunnan koulutus olisi tarpeellista, jotta osataan jatkossa tunnistaa päihdeongelmia paremmin sekä puuttua niihin tehokkaammin ja asian-

tuntevammin. Opinnäytetyön tekijät kokivat, että psykiatrin konsultaatioita tulisi tehdä useammin.

Turun yliopistollisen keskussairaalan medisiinisen toimialueen johtaja Ilkka Kantola on kirjoittanut ”Intoksikaatiopotilaat Tyksin ensiavussa 15.9.–15.12.2003” selvityksen, jossa sisätautien klinikalla seurattiin syksyllä 2003 kolmen kuukauden aikana ensiapuun tulevia myrkytysdiagnoosin saaneita potilaita (n=133), joista muutama kävi useamman kerran hoidossa samasta syystä (n=146). Tyyppillinen potilas oli tuolloin 20–29 -vuotias nainen, joka saapui hoitoon lauantaina tai sunnuntaina kello 18–21 (22 %). Todennäköisesti potilas oli käyttänyt alkoholia ja lääkkeitä sekaisin (63 %). Kaikista myrkytyspotilaista 58 % oli naisia ja miehiä 42 %. Raportista selviää, että Tyksin ensiapuun saapuvista myrkytyspotilaista 29 % kotiutui suoraan kotiin, 67 % jäi sairaalahoitoon. Ensiavusta potilaista 7 % ohjattiin sydänosastolle, osa potilaista joutui teho-osastolle ja loput potilaat ohjattiin sisätautien vuodeosastolle 012, joka oli gastroenterologian ja sisätautien päivystysosasto. Kaikista potilaista 13 % joutui jossakin hoidon vaiheessa teho-osastolle. Myrkytyspotilaan hoito Tyksissä kesti 32 %:lla potilaista alle 12 tuntia. Useimmiten hoito kesti yli 12 tuntia, mutta kuitenkin alle 24 tuntia. Vain noin 6 % kaikista potilaista joutui olemaan sairaalassa yli viikon.

Kantolan (2003) raportissa kerrotaan, että suurin osa potilaista sai hoidon aikana psykiatrisia palveluja. Vain 10 % kaikista potilaista kotiutui sairaalasta ilman, että psykiatrin konsultaatiota olisi tarjottu ja 11 % potilaista poistui omasta tahdostaan ennen psykiatrin saapumista. Psykiatrin konsultaatio toteutui 67 % myrkytystapauksista ja 56 % potilaista siirtyi psykiatriseen tai muuhun jatkohoitopaikkaan. Viidellä potilaalla oli avohoidon puolella jo valmiiksi kontakti psykiatriin ja toiset viisi potilasta oli jo kirjoilla psykiatrisessa sairaalassa. Nämä 10 potilasta ohjattiin oman lääkärin luokse. Kantola pohtii pystyttäisiinkö tiivistetyllä avohoidolla tai psykiatrisilla sairaalahoidolla ehkäisemään myrkytyksiä. Hän toteaa myös että vastuu psykiatrisen potilaan hoidosta on myös somaattisen puolen lääkäriillä, kuten myös Hannula, Mäki ja Peippo (2012) ovat katsauksessaan todenneet.

Rantala ja Tynkkynen (2008) ovat tehneet opinnäytetyön intoksikaatiopotilaan hoitopolusta Keski-Suomen keskussairaalassa. He haastattelivat työssään kahdeksaa sairaanhoitajaa somaattisilta sekä psykiatrian osastoilta. Heidän johtopäätöksiään haastattelujen pohjalta ovat muun muassa, että potilaan hoitoon ohjautumisessa saattavat vaikuttaa myös henkilökunnan asenteet. Suurin osa myrkytystiloista on itse aiheutettuja ja hoitohenkilöstö saattaa kokea tämän turhauttavana. Tämä puolestaan saattaa osaltaan vaikuttaa hoitoon ja sen laatuun (Salaspuro 2009, 897, 903). Myrkytyspotilaan hoito alkaa ensiavusta, mutta siitä missä se jatkuu, ei ole olemassa tarkkaa ohjetta (Hannula ym. 2012, 16–17; Rantala & Tynkkynen 2008, 15). Opinnäytetyössään Rantala ja Tynkkynen toteavat myös, että potilasta hoidetaan somaattisella puolella, mutta psyykinen puoli jätetään huomiotta mahdollisesti ammattitaidon puutteen vuoksi. Tällä hetkellä näyttää siltä, että myrkytyspotilaan hoitopolku on jostakin kohtaa vajaa: samoja potilaita kohdataan useasti samassa tilanteessa yhä uudelleen. Tämä saattaa selittyä myös psykiatristen palveluiden huonolla saatavuudella ja riittämättömyydellä.

2.3 Kunnalliset ja alueelliset mielenterveys- ja päihdepalvelut

Päihdehuoltolain (17.1.1986/41) tavoitteena on päihteiden ongelmakäytön sekä päihteistä johtuvien terveydellisten haittojen ehkäiseminen ja vähentäminen. Lisäksi tavoitteena on edistää päihteidenkäyttäjän toimintakykyä. Päihdehuoltolaki määrittelee pykälässä kuusi näin: ”Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja tulee kehittää siten, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjiä sekä tarvittaessa ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin.” Tätä voidaan täydentää pykälässä 16 mainitulla lauseella ”Asiakkaalle on järjestettävä mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun, toimenpiteiden valintaan ja hoitoyhteisön toimintaan.”

Turun kaupunki on tehnyt oppaan, jossa esitellään kaikki Turussa olevat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Oppaassa esitellään erikseen, kuinka hakeutua

hoitoon mielenterveys- ja päihdeongelmissa ja jakaa palvelut ikäryhmittäin lapsista ikääntyneisiin. Opas on suunnattu niin ongelmista kärsiville ja heidän omaisilleen kuin myös ammattilaisille sekä aiheesta muuten kiinnostuneille. Kaupungin omien palveluiden lisäksi oppaassa on esitelty kolmannen sektorin tarjoamat palvelut, esimerkiksi seurakunnat ja järjestöt sekä yksityiset tahot. Opas on tehty Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tuella osana Länsi 2010 hanketta, joka kuului Kaste -ohjelmaan. Sen on koonnut kaupungin sosiaali- ja terveystoimen terveyden edistämisen yksikkö. Viimeisin hanke on ollut Turussa Länsi 2012. (Turun Kaupunki 2010.)

Kaste -ohjelma on STM:n kansallinen pääohjelma, jonka avulla uudistetaan sosiaali- ja terveystoimen politiikkaa, sekä kehitetään tavoitteita ja toimenpiteitä niiden toteuttamiseksi. Valtioneuvosto vahvistaa Kaste -ohjelman joka neljäs vuosi. Vuonna 2008–2011 pääteema liittyi päihde- ja mielenterveyspalveluihin. Suomessa oli tällöin viisi laajaa kehittämishanketta: Tervein mielin Pohjois-Suomessa, Väli-Suomen Välittäjä 2009 -hanke, Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke Länsi 2012, Itä- ja Keski-Suomen Arjen mieli -hanke sekä Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke. Länsi 2012 (2010–2012) hankkeeseen kuului Varsinais-Suomesta 11 kuntaa sekä Satakunnan sairaanhoitopiirin kaikki jäsenkunnat. Hankkeessa suunnattiin toiminta erityisesti peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön kehittämiseen. Tavoitteena oli näyttöön perustuvien toimintatapojen käyttöönotto ja niiden kehittäminen mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyssä sekä tapojen juurruttaminen arkeen sopiviksi työtavoiksi. (THL 2014; STM 2014.)

Tällä hetkellä Kaste -ohjelmassa on uusi hanke (2012–2015) jonka tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä järjestää kunnalliset palvelut asiakasta kuullen. Tavoitteisiin pyritään kuuden osan avulla, jotka ovat: riskiryhmien mahdollisuutta osallisuuteen hyvinvointiin ja terveyteen parannetaan; lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja uudistetaan; ikäihmisten palvelujen rakennetta ja sisältöä uudistetaan; palvelurakennetta ja peruspalveluja uudistetaan; tieto ja tietojärjestelmät saatetaan asiakkaiden ja ammattilaisten tueksi sekä

johtamisella tuetaan palvelurakenteen uudistamista ja työhyvinvointia. (STM 2014.)

Mielenterveysongelmissa opas ohjaa menemään omalle terveysasemalle, jos ongelmat eivät ole vakavia. Terveysasemalla hoidetaan sekä yleisimpiä mielen-terveyden ongelmia (masennusta, paniikkihäiriötä) että kriisiongelmia. Vakavissa ongelmissa potilas ohjataan erikoissairaanhoidon joka turkulaisilla tarkoittaa Turun Psykiatriaa (Turun sosiaali- terveystoimen psykiatrian erikoissairaanhoido) ja muille Turun yliopistollista keskussairaalaan. Nämä kaksi tahoa pyrkivät myös tekemään tiivistä yhteistyötä. Lisäksi Turussa on saatavilla kolmannen sektorin tarjoamia palveluita kuten vertaisryhmiä, keskusteluapua sekä päivätoimintaa. Myös päihdeongelmat hoidetaan perusterveydenhuollossa, mutta apua voi hakea myös suoraan kolmannen sektorin palveluista kuten AA- ja NA-ryhmistä. Henkeä uhkaavat myrkytys- ja yliannostustapaukset hoidetaan Tyksin yhteispäivystyksessä. Tämän jälkeen pyritään järjestämään jatkohoito esimerkiksi Turun psykiatrian osastolla.

2.4 Myrkytyspotilaan hoito

Myrkytyspotilas on yleensä tahallisesti ottanut yliannostuksen lääkkeitä, alkoholia, huumausaineen korvikkeita, huumeita tai muita päihdyttäviä aineita. Hoidon tavoitteet ovat ennaltaehkäistä komplikaatioita ja turvata peruselintoiminnot (hengitys ja verenkierto). Myrkky on tarkoitus saada poistumaan elimistöstä mahdollisimman pian joko lääkehiilellä (hiili sitoutuu myrkylliseen aineeseen), vastalääkityksellä, maha-suolikanavan huuhtelulla, lisäämällä virtsaneritystä tai hidastamalla aineen liian nopeaa hajoamista. Myös hemoperfuusiota tai dialyysiä käytetään aineen poistamiseksi kehosta. (Alila 2010, 724.) Myrkytyspotilaan välittömästä hoidosta on tehty myös kaavio, joka löytyy Terveysportista (Liite 2).

Potilaan tarkkailu on tärkeää. Potilaalta seurataan hengityksen laatua (syvyyttä, tiheyttä, säännöllisyyttä ja happisaturaatiota), verenkiertoa (verenpainetta, syketä), tajuntaa (uneliaisuutta ja sekavuutta GCS- taulukon avulla (Glasgow's coma scale)), pupilleja (puolierot kallonsisäisen vamman poissulkemiseksi) se-

kä ihoa (väri, hikisyys, lämpö) ja erittämistä (virtsan, ulosteen ja oksennuksen väriä, koostumusta ja määrää). Myrkytyspotilasta seurataan myös mahdollisten kouristusten ja refleksien heikkenemisen vuoksi. Potilas on kouristelualttiimpi mahdollisten myrkytyksen, sokin, hypoglykemian ja rytmihäiriöiden vuoksi. Kun tila on stabiili, arvioidaan potilaan tila kokonaisvaltaisesti ja suljetaan pois fyysiset vammat, sekä muut akuutit sairaudet. Lisäksi selvitetään perussairaudet sekä arvioidaan potilaan psyykinen tila ja järjestetään sopiva jatkohoito. Potilaalta tai hänen saattajaltaan selvitetään myös myrkytyksen aiheuttanut aine(et), annos ja vahvuus, aineen ottamisen ajankohta, tahallisuus/tahattomuus sekä onko potilaalla aiemmin ollut vastaavia tapahtumia. (Alila 2010, 724.)

2.4.1 Alkoholimyrkytyksen hoito

Vuonna 2012 alkoholimyrkytykseen kuoli 375 ihmistä, joista 76 % oli miehiä. Vuonna 2006 alkoholimyrkytykseen kuolleita oli lähes 600. (Varis 2012.) 85 % kuolemista aiheutuu etanolista. Kahden promillen humala voi kokemattomalle käyttäjälle aiheuttaa etanolimyrkytyksen (lapset ja ikääntyneet), mutta paljon alkoholia käyttävälle aineen sietokyky voi olla jopa kaksinkertainen. Korvikealkoholiksi lasketaan metanoli (liuottimet, pesunesteet), isopropanoli (jäänestoaine), etyleeniglykoli (pakkasneste) ja denaturoitu alkoholi (alkoholi, joka on tehty juomakelvottomaksi, muun muassa asetoni, bensiini, tärpähti, piparminttuöljy). 30 millilitraa metanolia, 250 millilitraa isopropanolia tai 50 millilitraa etyleeniglykolia riittää aiheuttamaan hengenvaarallisen tilan. Alkoholien käyttö muiden keskushermostoon vaikuttavien aineiden kanssa lisää kuoleman riskiä. Alkoholimyrkytys pitää erottaa muista tajunnan tasoa alentavista sairauksista. (Alila 2010, 726–727.)

Alkoholimyrkytystä hoidetaan myrkytyspotilaan ohjeen mukaan. Lievät myrkytykset (alle 2,5 promillea) voidaan hoitaa terveys- tai selviämisasemalla ja vakavat vaativat seurantaa sairaalahoidossa. Korvikealkoholi- ja sekamyrkytykset tulee aina hoitaa sairaalassa. Lääkehiili ei estä etanolin tai korvikealkoholien imeytymistä ja mahalaukku huuhdellaan vain harkiten. Korvikealkoholimyrkytyk-

sessä voidaan harkita dialyysihoitoa tarvittaessa sekä antaa etanoli-infuusio, joka hidastaa metanolin imeytymistä sekä näin vähentää sisäelinten vaurioitumisriskiä ja kuoleman vaaraa. Myös tehostettua virtsaneritystä käytetään hoitona. (Alila 2010, 727.)

2.4.2 Huumemyrkytyksen hoito

Huumeiden käytössä oleellista on käyttäjän toleranssi käytettyyn/käytettyihin aineeseen. Toleranssi tarkoittaa käyttäjän sopeutumista käytettyyn aineeseen, mikä kasvaa käytetyn aineen määrän kasvaessa. Näin ollen myös toleranssi voi heiketä, jos käyttöä vähentää. Tämä voi olla vaarallista, jos huumeiden käyttäjä ottaa totutun annoksen muutaman päivän tauon jälkeen, josta voi seurata yliannostus. Huumeiden käyttäjät käyttävät usein myös muita huumeita ja/tai lääkkeitä sekä alkoholia sekaisin, joka lisää riskiä hengenvaarallisiin myrkytyksiin. Lisäksi aineita hankitaan katukaupoista, jotka on saatettu korvata jopa 100 prosenttisesti toisella, tuntemattomalla aineella. (Alila 2010, 743–745.)

Huumemyrkytystä hoidetaan kuten myrkytyspotilasta, eli turvataan peruselintoiminnot. Huumeille harvemmin on vastalääkettä. Tilan stabiloitua, potilaalle hankitaan asianmukainen jatkohoitopaikka päihdehuollon piiristä. (Alila 2010, 743–745.)

2.4.3 Lääkemyrkytyksen hoito

Akuutti lääkeymyrkytys on Suomessa suhteellisen yleinen. Hoitoajat ovat lyhyet ja kuolleisuus sairaalassa on 5 %. Kuitenkin lääkeymyrkytykseen kuoleminen on Suomessa kuudenneksi yleisin kuolinsyy työikäisillä. Lääkkeiden käyttäjä ei aina ymmärrä useiden lääkkeiden yhteisvaikutuksia ja täten niiden vaarallisuutta. Useimmiten myrkytystilan aiheuttaneet lääkkeet ovat psyyke- sydän- ja kipulääkkeitä. Myrkytystila saattaa tulla yllätyksenä ja johtaa tajunnan heikkenemiseen ja rytmihäiriöihin. (Liisanantti 2012, 368; Aalto ym. 2012, 188.)

Lääkemyrkytyksen hoito jaetaan kolmeen osaan: lääkeaineen imeytymisen esto, lääkkeen vaikutuksen kumoaminen vastalääkkeellä sekä aineen poistumisen nopeuttaminen kehosta. Vastalääkkeenä naloksoni toimii opiaatteihin, flumatseniili bentsodiatsepiiniin, glukagoni beetasalpaajiin, kalsium kalkkisalpaajiin ja natriumkarbonaatti trisyklisiin aineisiin. Nykyään myös päivystyksessä pystyy ottamaan pikaseuloja, joista selviää käytetty aine, mutta ne eivät korvaa potilaalta tai hänen saattajaltaan saatua anamneesia. Lääkehiilen käyttö myrkytyksessä on sitä tehokkaampaa mitä nopeammin sitä päästään käyttämään. Mahahuuhtelua käytetään nykyään vain harkiten. Tällöin potilaan pitää olla erittäin yhteistyökykyinen ja käytettyä ainetta olla vatsassa erittäin paljon. (Kirves 2010, 16; Aalto ym. 2012, 188–189.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää päihde-/myrkytyspotilaan kulku Tyksissä vuosina 2008 ja 2013. Lisäksi selvitetään hoidon kestoa sekä mille osastoille (2008)/ toimialueille (2013) päihde- ja myrkytyspotilaita sijoittuu. Opinnäytetyön tavoitteena on analysoida potilaan kulun tämänhetkistä tilannetta ja kertoittaa, mitä toimialuetta potilaat työllistävät eniten.

Opinnäytetyön ohjaavat kysymykset ovat:

1. Mille osastoille/toimialueille päihde-/myrkytyspotilas ohjattiin vuosina 2008 ja 2013?
2. Mitä eroa potilaiden kulussa on vuosina 2008 ja 2013?
3. Kuinka kauan potilaan hoito vuosina 2008 ja 2013 keskimäärin kesti?
4. Miten ikä, sukupuoli, viikonpäivä ja kellonaika esiintyvät saaduissa tilastoissa?
5. Mikä on ikä- ja sukupuolijakauma, minä viikonpäivänä ja kellonaikana on eniten potilaita?

4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö on määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä pyrkii kartoittamaan, vertailemaan, ennustamaan ja kuvaamaan ihmisiä koskevia asioita (Vilkka 2007, 13, 26). Se kuvailee ja tulkitsee ilmiöitä. Kvantitatiivisessa menetelmässä käytetään mahdollisimman tarkkoja mittausmenetelmiä ja tutkimusaineistot kerätään aiheita edustavalta väestöotokselta. Johtopäätökset saadaan tilastotieteellisiä menetelmiä käyttäen. (Tilastokeskus 2013.) Opinnäytetyön yhteyshenkilöinä toimivat kehittämisylivoitaja Heljä Lundgren-Laine sekä ylivoitajat Kaarina Tanttu (Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos), Hanna Vinberg (TOTEK- (Toimenpide, Tehohoito ja Kivunhoito) palvelualue) ja Anne Laapotti-Salo (Medisiininen toimialue).

4.2 Aineistot

Tässä opinnäytetyössä ei käytetty haastattelulomakkeita tai kyselyitä vaan materiaalina olivat valmiit Tyksistä saadut tilastot, jotka kertoivat päihde- ja päihdemyrkytyspotilaan kulusta Tyksissä. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen aineisto tilattiin toimeksiantajalta ja se saatiin sähköisenä. Saadut tilastot olivat anonyymeja potilastietoja, joista selvisi jokaisen X69 – potilaan kulku kahtena eri vuotena.

Sekundaarisella aineistolla tarkoitetaan aineistoa, joka on ollut olemassa jo aikaisemmin. Aineisto on tuotettu muuta tarkoituksellää varten, mutta sen sisältöä on pystytty hyödyntämään erilaisissa kehittämistöissä. Sekundaarinen aineisto on joko kuvaileva (sanat, kuvat) tai määrällinen aineisto (numerot, taulukot). (THL 2012.)

Opinnäytetyön aineistot olivat sekundaarisia aineistoja, koska tarvittavat aineistot saatiin yhteyshenkilön pyynnöstä Medbit Oy:ltä. Medbitin henkilöstö on

koonnut aineistot jo olemassa olevista aineistoista. Valmiit aineistot on Medbitistä lähetetty yhteyshenkilölle ja yhteishenkilön välityksellä opinnäytetyön tekijöille.

Aineistot vuosilta 2008 ja 2013 olivat suoraan Excel -taulukoissa. Vuoden 2008 aineisto sisälsi kaikki tiedot, mitä opinnäytetyötä tehdessä tarvitsi. Vuoden 2013 aineistot olivat kahdessa osassa. Ensimmäinen aineisto koski päivystyksen liikelaitoksen potilastietoja ja toinen aineisto medisiinisen toimialueen potilastietoja. Vuoden 2013 molemmat aineistot sisälsivät 111 380 potilasta eli yhteensä 222 760 potilasta. Aineistoista suodatettiin kaikista potilaista vain X69-diagnoosin saaneet potilaat. Päivystyksen liikelaitoksen aineistosta ei löytynyt yhtään X69-potilasta, joten se jäi kokonaan tutkimusalueen ulkopuolelle. Medisiinisen toimialueen (TO5) aineistosta löytyi suodattamalla 226 potilaista, joista muodostettiin oma aineisto Exceliin.

4.3 Aineistojen analysointi

Tyksiltä saadut aineistot analysoitiin käyttämällä Excel – tietokoneohjelmaa. Tutkimusaineiston analyysissä osa aineiston tiedosta jätettiin kokonaan ulkopuolelle, koska se ei vastannut tutkimuskysymyksiin. Yksittäisiä ominaisuuksia tiivistettiin tilastoiksi, joita on helpompi tarkastella.

Aineistojen tilastollinen käsittely tehtiin tietokoneiden avulla. Luotujen kuvioden tarkoituksena ei ole lisätä tietoa, vaan havainnollistaa tuloksia lukijalle nopeasti ja visuaalisesti. Jo kuvioden avulla voidaan siis tehdä esimerkiksi päätelmiä tuloksista. Kuviot on tehty ja laskettu käytetystä aineistosta, joten ne myös toimivat perusteluina tehdyille johtopäätöksille tutkimuksessa. (Virtuaali Ammattikorkeakoulu 2013.)

Vuosien 2008 ja 2013 suodatettu data analysoitiin Excelin analysointiohjelmissa, esimerkiksi histogrammi- ja tunnuslukutyökaluilla. Excel suoritti mahdolliset laskutoimitukset ja halutut toiminnot. Analysoinnin jälkeen saadut tulokset olivat numeerisia ja prosentuaalisia ja niiden ymmärtäminen tekstistä oli hankalaa. Saaduista tuloksista muodostettiin erilaisia taulukoita havainnollistamisen hel-

pottamiseksi. Tehdyt kuviot ja taulukot ovat lukijaystävällisempiä, kuin tulosten ilmaisu vain tekstimuodossa. Näin ollen tulokset on esitelty sekä taulukoina, kuvioina että tekstimuodossa.

5 TULOKSET

Yleisin myrkytystilan aiheuttaja kumpanakin vuonna oli lääkkeen aiheuttama myrkytys. Muita myrkytyksen aiheuttajia oli molempina vuosina yksittäistapauksia tai muutamia. Vuonna 2008 myrkytystiloille oli diagnosoitu useampia eri aiheuttajia, kuin vuonna 2013. Toiseksi yleisin diagnoosi sekä vuonna 2008 että vuonna 2013 oli alkoholin haitallinen käyttö, mutta potilaiden kokonaismäärään verraten heidän osuutensa ei ole merkittävä. (Taulukot 1 ja 2.)

Kaikki myrkytyspotilaat saivat hoitoon tullessaan alkudiagnoosin X69, mutta erilaisten hoitotoimenpiteiden ja tutkimusten jälkeen potilaan diagnoosi saattoi muuttua. Päädiagnoosi kertoo potilaan tilasta hoitotoimenpiteiden ja tutkimusten jälkeen.

Taulukko 1. Potilaiden päädiagnoosit 2008.

Diagnoosit 2008	Potilasmäärä	Diagnoosin Selite
A41.0	1	Staphylococcus aureus -bakteerin aiheuttama septikemia
A41.5	1	Muun gramnegatiivisen pieneliön aiheuttama septikemia
A46	1	Ruusu
E11.9	1	Aikuistyyppin Diabetes: ilman komplikaatioita
F05.0	1	Dementiaan liittymätön sekavuustila (delirium)
F10.00	2	Alkoholin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila
F10.1	9	Alkoholin haitallinen käyttö
F31.0	2	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lievä maaninen (hypomaaninen) jakso
F33.9	1	Määrittämätön toistuva masennus
F41.2	1	Sekamuotoinen ahdistus- ja masennustila
H03	1	Silmäluomien sairaudet
I10	1	Primaarinen verenpainetauti
J18.0	1	Pesäkekeuhkokuume
N02	1	Toistuva ja jatkuva verivirtsaisuus
N06	2	Proteiinivirtsaisuus ja munuaisheräsvaurio
S06.5	1	Traumaattinen kovakalvonalainen verenvuoto
		(Jatkuu)

Taulukko 1. (Jatkuu)		
T36	531	Lääkkeen aiheuttama myrkytys
T40.6	1	Muiden tai määrittämättömien opioidien myrkkyvaikutukset
T40.4	3	Muiden synteettisten opioidien myrkkyvaikutukset
T40.9	4	Muun tai määrittämättömän hallusinogeenin myrkkyvaikutukset
T51.0	4	Etyylialkoholin (etanolin) myrkkyvaikutukset
T58	2	Hiilimonoksidin myrkkyvaikutukset
T62.0	1	Syötyjen sienien myrkkyvaikutus
Y91.1	1	Kohtalainen alkoholimyrkytys
Yhteensä	574	

Taulukko 2. Potilaiden päädiagnoosit 2013.

Diagnoosit 2013	Potilasmäärä	Diagnoosin selite
F10.1	2	Alkoholin haitallinen käyttö
F10.21	1	Alkoholiriippuvuus. Tällä hetkellä ei käytä, mutta oleskelee rajoittavassa ympäristössä
G41.9	1	Määrittämätön epileptinen sarjakohtaus
G72.8	1	Määrittämätön lihassairaus
J18.9	1	Määrittämätön keuhkokuume
K72.0	1	Akuutti tai puoliakuutti maksan vajaatoiminta
S06.3	1	Paikallinen aivovamma
T36	217	Lääkkeen aiheuttama myrkytys
T58	1	Hiilimonoksidin aiheuttama myrkytys
Yhteensä	226	

Vuonna 2008 lähes kaikki (96 %) päihde- /myrkytyspotilaat saapuivat hoitoon päivystyksen kautta. 3 % potilaista tuli osastohoitoon siirtona ajanvarausklinikalta. Vuonna 2013 päihde- /myrkytyspotilaista siirtyi osastohoitoon päivystyksen kautta 49 % ja siirtona poliklinikalta lähes saman verran (48 %), kun taas 2008 vastaavia siirtoja ei tehty lainkaan. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Potilaiden saapumistapa 2008 ja 2013.

Saapumistapa 2008	Potilasmäärä	%
Erikoisalasiirto samassa sairaalassa	5	1 %
Päivystys	548	96 %
Sairaalasiirto	1	0 %
Siirto ajanvarausklinikalta osastohoitoon	19	3 %
Yhteensä	573	
Saapumistapa 2013	Potilasmäärä	%
Erikoisalasiirto samassa sairaalassa	7	3 %
Päivystys	110	49 %
Siirto poliklinikalta osastohoitoon	109	48 %
Yhteensä	226	

Vuonna 2008 suurin osa potilaista (78 %) sijoitettiin hoitoon sisätautien osastolle 012, mutta myös muita vastaanottavia osastoja oli useita. 13 % potilaista vietiin suoraan aikuisten teho-osastolle 950. Myös sisätautien osastoille vietiin potilaita. Hoidon päätyttyä osastolta 012 kotiutettiin kuitenkin enemmän (84 %) potilaita, kuin sinne oli päivystyksestä viety. Samaan aikaan esimerkiksi teho-osastolta kotiutettiin vain 1 % kaikista potilaista yhteensä. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Saapumis- ja kotiuttamisosastot 2008.

Saapunut osastolle hoitoon 2008	Potilasmäärä	%
011 Sisätautien osasto (sydän- ja verisuonisairaudet)	19	3 %
012 Sisätautien osasto (ruoansulatuselinten ja umpieritysrauhasten sairaudet)	419	73 %
013 Sisätautien osasto (endokrinologia)	10	2 %
014 Sisätautien osasto (infektiotaudit)	1	0 %
015 Sisätautien osasto (hematologia)	29	5 %
016 Sisätautien osasto (munuaistaudit)	6	1 %
210 Neurokirurgian osasto	1	0 %
214 Traumatologian osasto	2	0 %
412 Lasten kirurginen osasto	3	1 %
414 Lasten tehohoito-osasto	6	1 %
416 Lastentautien osasto	1	0 %
		(Jatkuu)

Taulukko 4. (Jatkuu)		
950 Aikuisten tehohoito-osasto	77	13 %
Yhteensä	574	
Kotiutunut osastolta 2008	Potilasmäärä	%
011 Sisätautien osasto (sydän- ja verisuonisairaudet)	16	3 %
012 Sisätautien osasto (ruoansulatuselinten ja umpieritysrauhasten sairaudet)	484	84 %
013 Sisätautien osasto (endokrinologia)	10	2 %
014 Sisätautien osasto (infektiotaudit)	5	1 %
015 Sisätautien osasto (hematologia)	32	6 %
016 Sisätautien osasto (munuaistaudit)	6	1 %
210 Neurokirurgian osasto	1	0 %
214 Traumatologian osasto	2	0 %
412 Lasten kirurginen osasto	5	1 %
414 Lasten tehohoito-osasto	4	1 %
416 Lastentautien osasto	1	0 %
950 Aikuisten tehohoito-osasto	6	1 %
082 Raision sisätautiosasto	2	0 %
Yhteensä	574	

Vuonna 2013 lähes kaikki (97 %) X69 -diagnoosin saaneet potilaat päätyivät akuuttisisätautiosastolle (entinen osasto 012) TO5A (nykyään osoite on TB5). Muita vastaanottavia osastoja olivat TO5B (sisätautiosasto 3, yleissisätaudit; entinen Raision sisätautiosasto 082; nykyinen osoite AA6) ja TO5D (gastroenterologian osasto; yhdysosasto medisiininen toimialue, sisätautiosasto 2; nykyinen osoite AA7). Siirtoja näiden osastojen välillä ei tehty lainkaan, vaan potilas kotiutettiin poikkeuksetta samalta osastolta, jonne hän oli hoitoon tullutkin. (Taulukko 5.)

Uudet toimialueet valmistuivat vasta huhtikuussa 2013. Potilaita vuoden 2013 aineistossa on kuitenkin tammikuusta 2013 asti. Osastoja ja resursseja yhdistettiin organisaatiomuutoksessa ja varsinkin muutosvaiheessa. Tämän vuoksi vuoden 2008 ja vuoden 2013 aineistoja ei ole luotettavaa vertailla keskenään.

Taulukko 5. Saapumis- ja kotiuttamisosastot 2013.

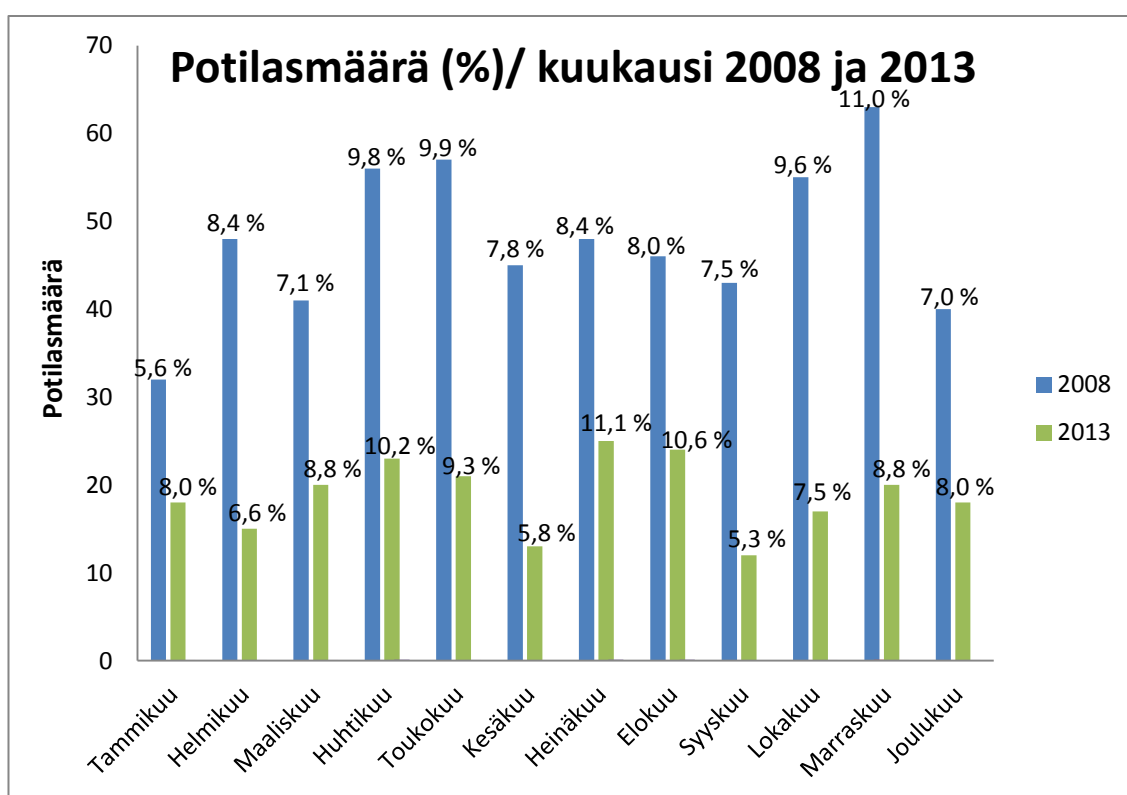
Saapunut osastolle hoitoon 2013	Potilasmäärä	%
TO5A	219	97 %
TO5B	5	2 %
TO5D	2	1 %
Yhteensä	226	
Kotiutunut osastolta 2013	Potilasmäärä	%
TO5A	219	97 %
TO5B	5	2 %
TO5D	2	1 %
Yhteensä	226	100%

Vuonna 2008 X69 -diagnoosilla hoitoon tulleita potilaita oli yhteensä 574, kun taas vuonna 2013 määrä oli laskenut 226:een. Potilasmäärä saattaa olla virheellinen organisaatiomuutoksesta ja aineiston virheellisyydestä johtuen. Vuonna 2013 hoidettiin siis vain 39 % päihde- /myrkytyspotilaista vuoteen 2008 verrattuna. Myös hoitopäivien määrä on laskenut 0,22 vuorokaudella. Vuonna 2013 pisin yksittäisen potilaan hoitoaika oli kuitenkin 34 vuorokautta, kun taas vuonna 2008 lähes puolet vähemmän jääden 18 vuorokauteen. Lyhytkestoimmallaan hoidot eivät ole kestäneet kokonaista vuorokautta kumpanakaan vuonna, vaan potilaat ovat kotiutuneet vielä saapumisvuorokauden aikana. Valitettavasti aineistoista ei selvinnyt kuinka suuri osa potilaista kotiutui suoraan päivystyksestä. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Hoitopäivien lukumäärät 2008 ja 2013

<i>Hoitopäivien lukumäärät</i>		
Vuosi	2008	2013
Keskiarvo	1,56	1,34
Maksimi	18	34
Hoitopäiviä yhteensä	896	303
Potilasmäärä yhteensä	574	226

X69 -potilaiden määrä oli jakautunut melko tasaisesti kuukausitasolla vuonna 2008. Eniten potilaita oli marraskuussa (11 %) ja selvästi vähiten tammikuussa (5,6 %). Myös huhtikuussa ja toukokuussa potilaita otettiin sairaalahoitoon paljon (9,9 %). Vuodenvaihte oli päihde- /myrkytyspotilaiden osalta hiljainen. Vuonna 2013 vilkkaimmat kuukaudet olivat heinäkuu ja elokuu (11 %), kun taas hiljaisin kuukausi oli syyskuu (5 %). Myös vuoden 2013 huhtikuussa potilaita oli paljon. (Kuvio 1.)

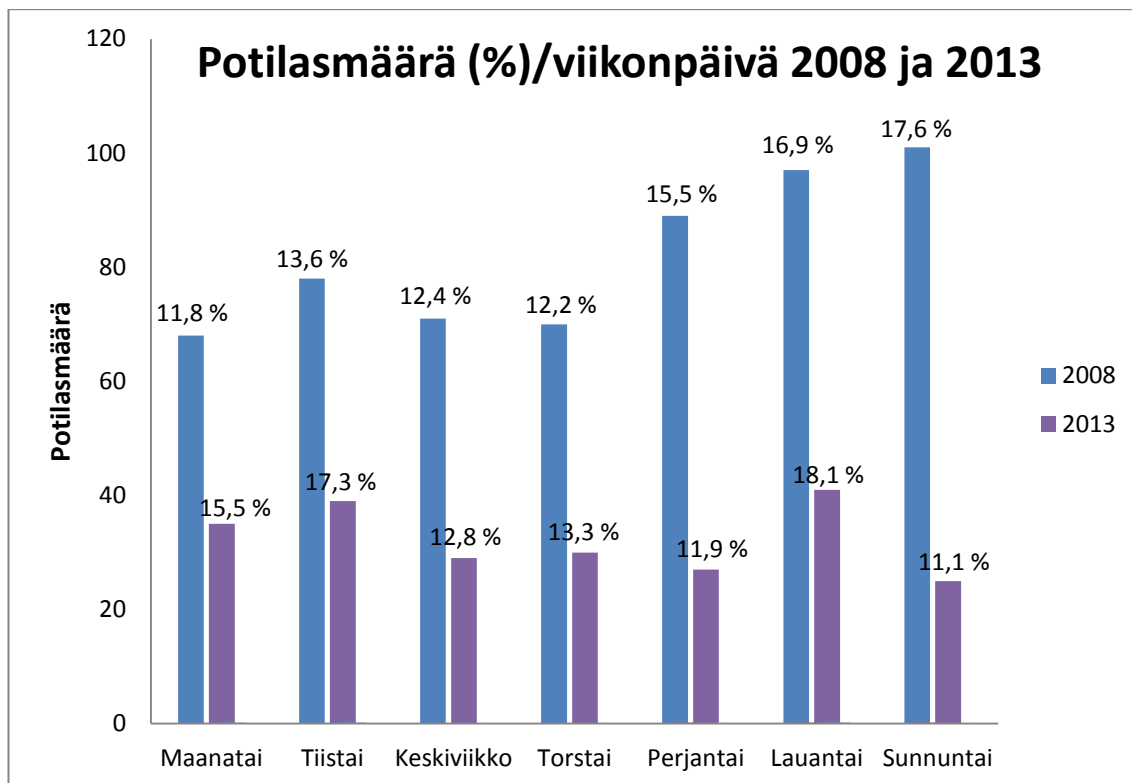


Kuvio 1. Potilasmäärät kuukausittain 2008 ja 2013

Päihde- /myrkytyspotilasmäärän jakautuminen viikonpäiville oli tasaisempaa vuonna 2008 kuin vuonna 2013. Vuonna 2008 potilasmäärät olivat arkisin prosentuaalisesti melko tasaiset, mutta nousivat viikonlopuksi. Vilkkain päivä oli sunnuntai (17,63 %), kun taas hiljaisin päivä oli maanantai (11,69 %). (Kuvio 2.)

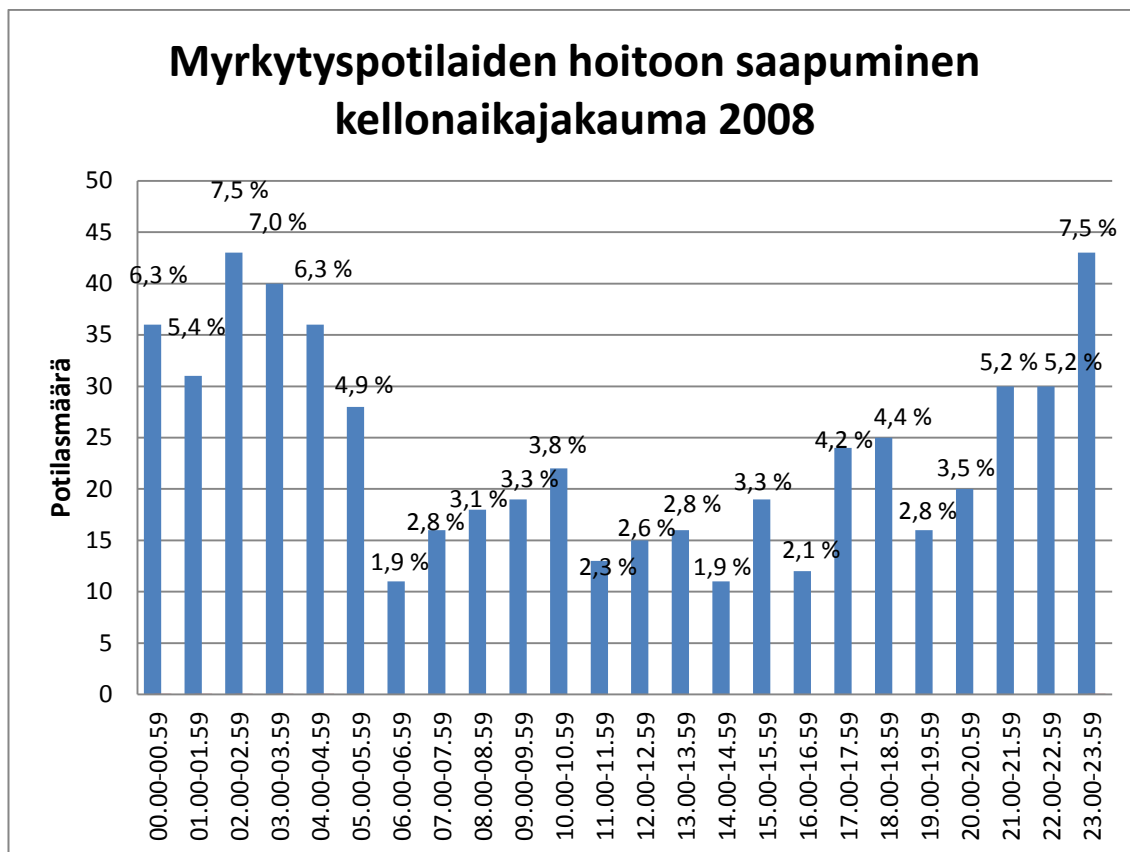
Vuonna 2013 oli potilaita prosentuaalisesti enemmän arkisin vuoteen 2008 verrattuna. Vaikka sunnuntai oli vilkkain päivä vuonna 2008, se oli rauhällisin

vuonna 2013 (11 %). Jakaumat eri viikonpäiville ovat myös epätasaisemmat verrattuna viiden vuoden takaiseen tilastoon. Eniten päihde- /myrkytyspotilaita vuonna 2013 oli hoidossa lauantaisin (18 %) ja tiistaisin (17 %). (Kuvio 2.)



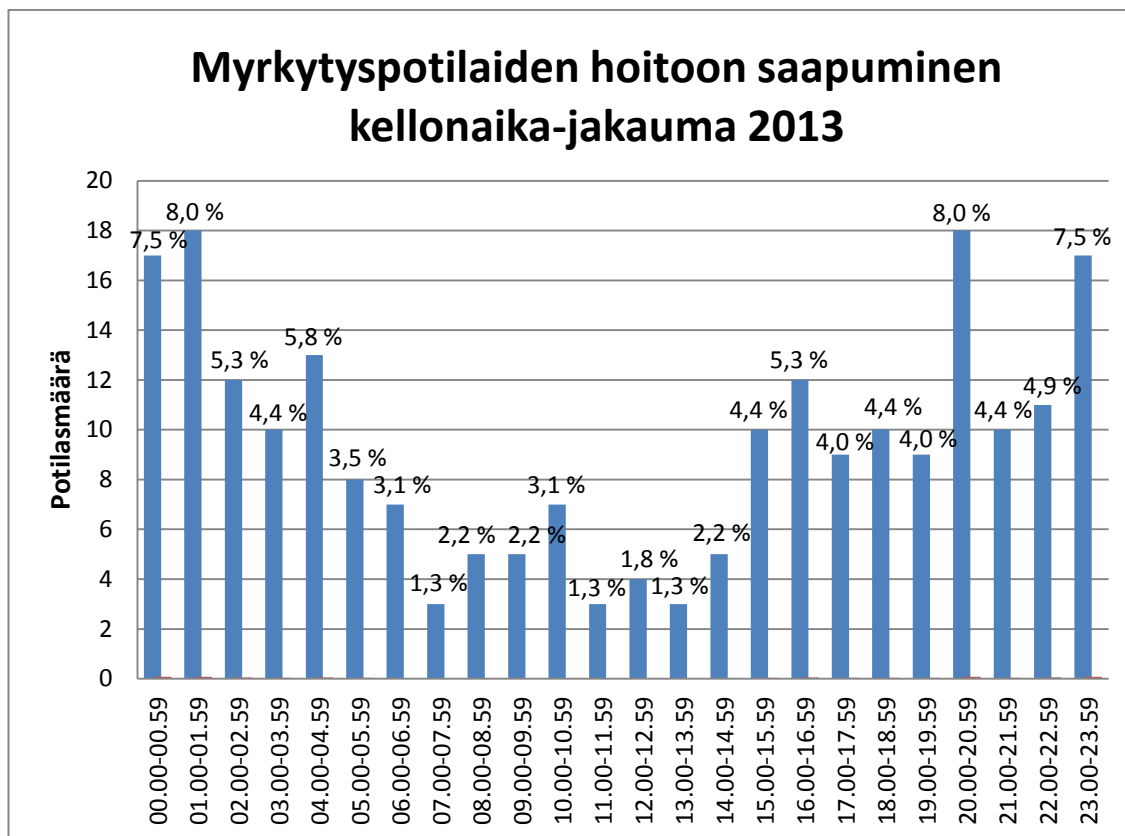
Kuvio 2. Potilasmäärät viikonpäivinä 2008 ja 2013

Kellonaikajakaumaa tarkastellessa huomataan, että kumpanakin vuonna potilasmäärät nousevat illalla yötä kohden ja laskevat taas aamulla päiväksi. Vuonna 2008 jakauma oli hieman tasaisempi. Eniten potilaita saapui vuonna 2008 hoitoon klo. 23–05 välisenä aikana, jonka jälkeen potilasmäärä laski. (Kuvio 3.)



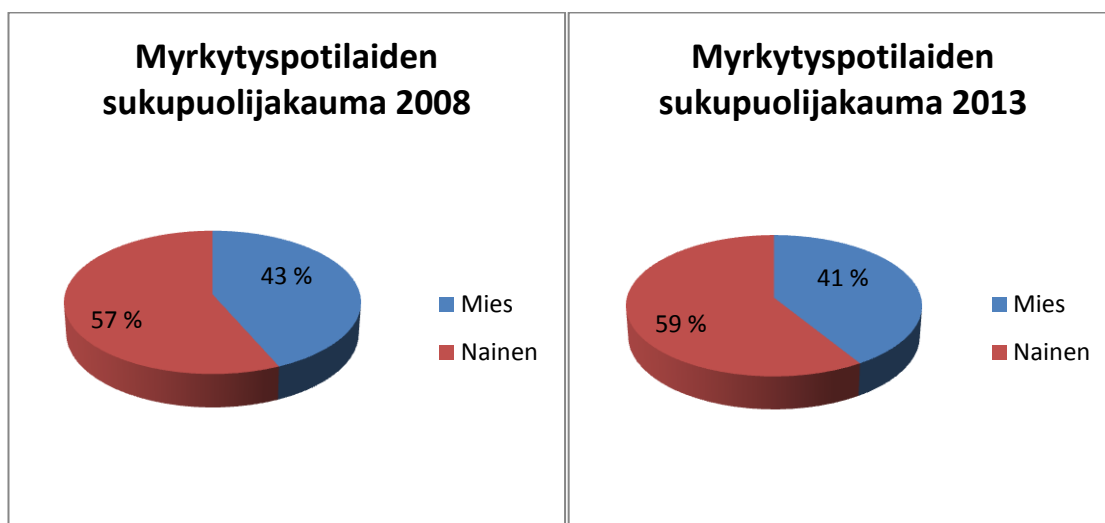
Kuvio 3. Hoitoon saapumiskellonaika 2008

Vuoden 2013 kellonaikajakauman trendi on samantyylinen kuin vuonna 2008, mutta potilasmäärien laskut ja nousut olivat jyrkempiä. Kello 20–21 potilaiden määrässä oli tilastollisesti selvä piikki, potilaiden määrä lähes kaksinkertaistui aikaisempaan tuntiin verrattuna ja laski jälleen lähes yhtä jyrkästi. Kello 23–02 potilaita saapui hoitoon eniten, jonka jälkeen määrä laski melko tasaisesti. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Hoitoon saapumis-kellonaika 2013

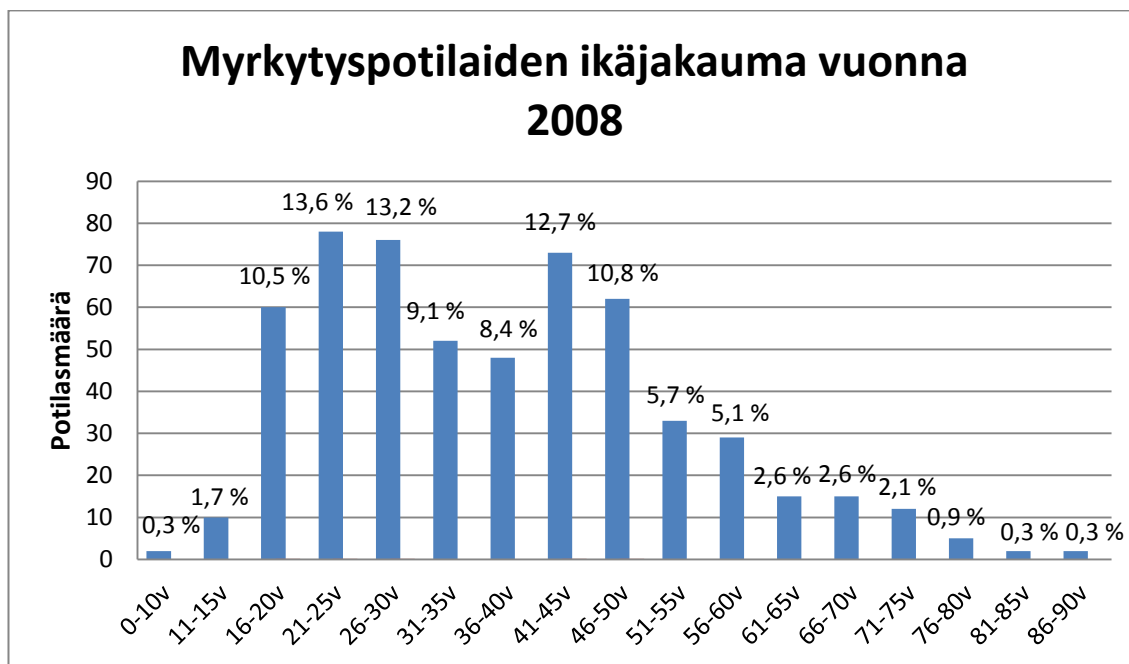
Tyypillinen potilas oli kumpanakin vuonna 21-25 -vuotias nainen. Sukupuolijakauma oli melko tasainen kumpanakin vuonna, potilaista oli hieman yli puolet naisia. (Kuviot 5 ja 6.)



Kuvio 5. Sukupuolijakauma 2008.

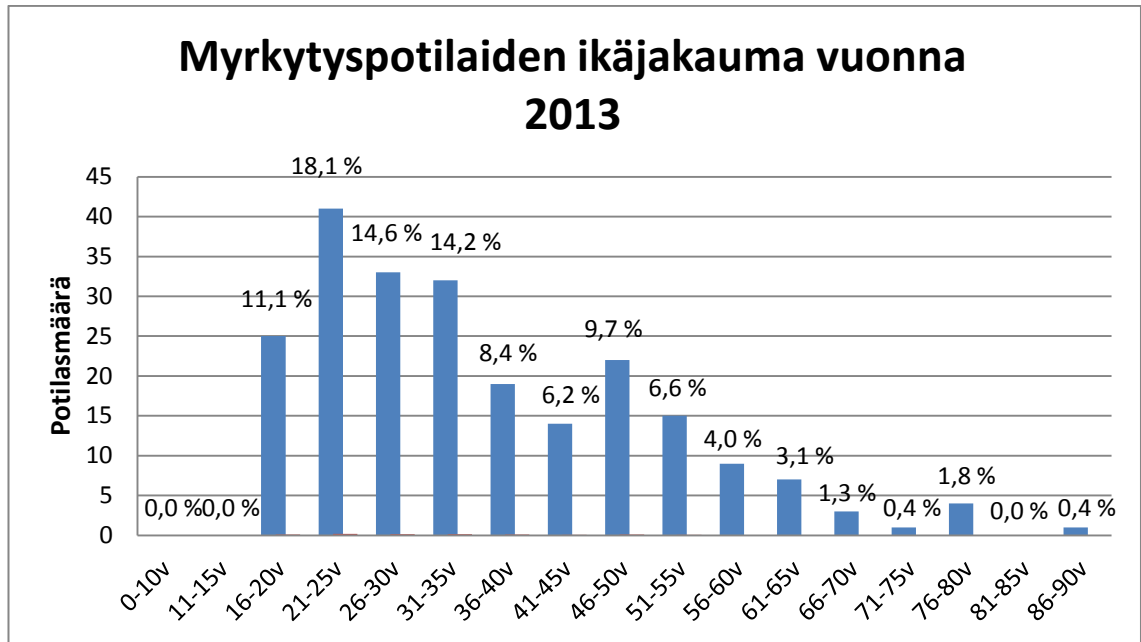
Kuvio 6. Sukupuolijakauma 2013.

Vuonna 2008 päihde- /myrkytyksiä oli eniten nuorten aikuisten (21–30-vuotiaiden) keskuudessa. Selvä tilastollinen piikki näkyi myös 41–50 -vuotiaiden kohdalla. Kaikista päihde- /myrkytyspotilaista alle 16 -vuotiaita oli 2 %. 60 -ikävuoden jälkeen potilasmäärä on enää hyvin vähäistä. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Potilaiden ikäjakauma 2008

Vuonna 2013 alle 16 –vuotiasta X69 –potilasta ei ollut enää yhtäkään. Eniten tahallisia itsensä myrkyttämisiä tapahtui edelleen 21-25 –vuotiaiden keskuudessa. Samanlaista piikkiä esiintyvyydessä ei enää ollut 41-50 -vuotiaiden kohdalla kuin vuonna 2008, vaan esiintyvyys oli tuolloin päinvastoin laskussa. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Potilaiden ikäjakauma 2013

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

6.1 Luotettavuus

Opinnäytetyön tulokset perustuvat valmiisiin tilastoihin vuosilta 2008 ja 2013, joita tulkittiin ja joiden avulla vastattiin ohjaaviin kysymyksiin potilaan kulusta Tyksissä. Opinnäytetyön luotettavuutta tulee tarkkailla hieman kriittisesti, sillä aina ei voida välttyä käsittely- ja mittausvirheiltä. Kokonaisluotettavuus käsitteenä sisältää reliabiliteetin ja validiteetin, jossa reliabeli siis ilmaisee mittaustulosten toistettavuutta, niiden ei-sattumanvaraisia tuloksia (luotettavuus) ja validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä pitäisi (pätevyys). (Hirsjärvi ym. 2000, 213; Vilkkä 2007, 179, 154.)

Opinnäytetyön luotettavuus koostuu muun muassa seuraavista seikoista: tutkimuslupan hankkimisesta, vastaamisesta asetettuihin kysymyksiin sekä siihen, että opinnäytetyö tuottaa uutta tietoa, jota ei vääristellä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6-9; Vilkkä 2007, 154.)

Opinnäytetyötä varten on hankittu tutkimuslupa. Tutkimusongelmiin on vastattu mahdollisimman kattavasti ja tuloksista muodostuneet taulukot auttavat myös hahmottamaan tuloksia helpommin. Opinnäytetyön aihetta ei ole aikaisemmin juurikaan tutkittu, mutta aiheesta löytynyt aikaisempi tieto vastaa suhteellisen hyvin tämän opinnäytetyön tuloksia.

Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää se, että Tyksin uudet toimialueet valmistuivat vasta huhtikuussa 2013. Potilaita vuoden 2013 aineistossa on kuitenkin tammikuusta 2013 asti. Osastoja ja resursseja yhdistettiin organisaatiomuutoksessa ja varsinkin muutosvaiheessa. Tämän vuoksi vuoden 2008 ja vuoden 2013 aineistoja ei ole luotettavaa vertailla keskenään. Tilastotieto ei myöskään ollut kaikilta osin luotettavaa johtuen puuttuvista / virheellisistä tiedoista.

6.2 Eettisyys

Opinnäytetyön eettisyys näkyy siinä, että työtä tehdessä noudettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä tarkoittaa käytännössä tutkimuksen teon pelisääntöjen noudattamista kaikissa opinnäytetyön osa-alueissa. Opinnäytetyö ei loukkaa hyvää eettistä käytäntöä: siinä ei plagioida, sepitetä eikä raportoida puutteellisesti. (Hirsjärvi ym. 2000, 27–28; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6-9.) Tilastojen saamiseksi Tyksiltä pyydettiin kirjalliset luvat. Opinnäytetyön käyttöön saadut tilastot säilyttivät yksityisyyden, sillä potilaiden henkilöllisyystietoja ei tullut missään vaiheessa työn toteuttajien tietoon. Opinnäytetyössä käytettävä materiaali oli vain tekijöiden luettavissa ja kaikki tiedot hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyötä tehdessä työn jakautuminen on ollut tasaista. Kaikki tekijät ovat tehneet oman osansa huolella ja jos ongelmia on ollut, ovat muut tekijät auttaneet toista. Epäselvissä tilanteissa ja muiden mielipiteitä kaivatessa tekijät ovat tukeneet toisiaan ja kertoneet omia näkemyksiään. Aineistoihin liittyvissä ongelmissa on otettu yhteys yhteyshenkilö Heljä Lundgren-Laineeseen. Ohjaustunteja työn tekijät ovat saaneet opinnäytetyön ohjaajalta lehtori Maika Kummelilta.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää päihde-/myrkytyspotilaan kulku Tyksissä. Lisäksi selvitetään hoidon kestoa sekä mille toimialueelle päihde- ja myrkytyspotilaita sijoittuu. Opinnäytetyön tavoitteena oli analysoida potilaan kulun tämänhetkistä tilannetta ja kartoittaa, mitä toimialuetta potilaat työllistävät eniten.

Opinnäytetyön tuloksiin on suhtauduttava kriittisesti, sillä Tyksin organisaatiomuutos heikensi vuosien vertailtavuutta keskenään ja tilastotieto ei ollut kaikilta osin luotettavaa johtuen puutteellisista/virheellisistä tiedoista.

Vuonna 2008 tyypillinen päihde-/myrkytyspotilas oli 21–23 -vuotias nainen, joka saapui hoitoon jonakin marraskuun sunnuntaina kello 01–02 välisenä aikana. Todennäköisesti potilas oli lääkkeillä aiheuttanut myrkytystilan itselleen. Päivystyksestä potilas siirrettiin sisätautien osastolle 012. Osastolla potilasta pidettiin keskimäärin 1,56 vuorokautta ja hänet kotiutettiin yleensä samalta osastolta.

Vuonna 2013 tyypillinen myrkytyspotilas oli 21–25 -vuotias nainen, joka saapui hoitoon heinä- tai elokuuisena lauantaina kello 20–21 tai 01–02. Potilas saapui päivystyksen kautta tai siirtona poliklinikalta osastohoitoon ja hänen siirrettiin yleisneurologian osastolle TO5A. Hän saapui hoitoon lääkeainemyrkytyksen vuoksi. Hoitopäiviä potilaalle kertyi keskimäärin 1,34 ja hänet kotiutettiin poikkeuksetta samalta osastolta, jonne oli saapunut.

Naiset ovat kumpanakin vuonna olleet suurin päihde-/myrkytyspotilasryhmä. Tekijöitä kyseinen tulos ei yllättänyt. Opinnäytetyön tekijät arvelevat, että naiset yrittävät itsemurhaa lääkkeiden avulla, kun miehet taas saattaisivat suosia väkivaltaisempia tapoja. Jotakin kertoo myös se, että päihde-/myrkytyspotilaita haakeutuu hoitoon päivystykseen. Sitä, hankkivatko potilaat apua itse vai auttaako ulkopuolinen heidät hoitoon, ei tässä työssä tarkastella.

Viikonpäivissä ja kellonajoissa löytyi suuria yhtäläisyyksiä kummankin vuoden kohdalla. Viikonloppuillalaisin ja öisin potilasmäärät ovat suurimmillaan. Suoma-

laisina voimme todeta suomalaiseseen kulttuuriin kuuluvan päihteiden nauttiminen viikonloppuisin työajan ulkopuolella. Tämä kulttuurinen piirre näkyy myös päivystyksen ja osastojen hoitoon saapumisen kellonajoissa. Kuitenkin arkipäivisin esiintyy nousevassa määrin päihde-/myrkytyspotilaita. Tulokseen saattaa vaikuttaa tämän hetkinen työtilanne ja osa-aikatöiden lisääntyminen. Aikaisemmin pidempiaikaisessa työsuhteessa töitä oli arkipäivinä ja mahdollisesti viikonloput olivat vapaat. Tällä hetkellä työttömyyttä on paljon ja aikaa päihteiden käytölle löytyy myös arkena. Myös työpaikkojen puutteesta johtuva jatkuva pettyminen voi altistaa päihteidenkäytölle, varsinkin pitkäaikaistyöttömien kohdalla. Myös vuorotyöt voivat vaikuttaa arkimyrkytysten esiintyvyyteen. Saatujen tilastojen mukaan vuonna 2013 lähes puolet X69 -potilaista saapui osastohoitoon poliklinikan kautta. Tämä tulos saattaa olla Tyksin henkilökunnan kokemusten mukaan virheellinen ja johtua virheellisestä tilastoinnista. Arkipäivinä lisääntynyt päihteiden käyttö saattaa vaikuttaa myös terveyskeskusten potilasmääriin. Potilaat saattavat hakeutua virka-aikaan omaan terveyskeskukseen päivystyksen sijasta, missä lääkäri toteaa päihde-/myrkytystilan ja lähettää potilaan jatkohoitoon Tyksiin.

Päihde-/ myrkytyspotilas on tämän opinnäytetyön perusteella yleensä alle 30-vuotias aikuinen. Kuitenkin selkeä piikki esiintyvyydessä löytyy myös 40–50 -vuotiaiden joukosta. Nuorisotyöttömyys on nyt korkea, mutta suurin osa potilaista on nuoria kumpanakin vuonna. Näin ollen nuorisotyöttömyys ei todennäköisesti ole syynä päihde-/myrkytyspotilaiden ikäjakaumaan. Voisiko olla mahdollista, että 40–50 -vuotiaiden joukossa esiintyvä piikki johtuisi keski-ikäisen kriisistä? Positiivista on kuitenkin se, että vuonna 2013 ei potilaiden joukosta löytynyt enää yhtään alle 16-vuotiasta.

Osastoiden määrä, joille päihde-/myrkytyspotilas päivystyksestä tai poliklinikalta siirtyy, on vähentynyt. Vuonna 2003 ja 2008 potilaita esiintyi useilla osastoilla, kuten sydänvalvonta, teho-osastot ja lastenosastot. Vuonna 2013 kaikki potilaat siirtyivät sisätautien osastoille, ei muille. Tämä kertoo siitä, että organisatiomuutos Tyksissä on ainakin tältä osin onnistunut. Hoito tuodaan nyt potilaan

luo, eikä potilasta siirretä hoidon eri vaiheissa osastolta toiselle tavoitteen mukaisesti.

Tämän opinnäytetyön pohjalta mahdollisia jatkotutkimusaiheita ovat: Miltä poliklinikoilta potilaita on saapunut osastohoitoon? Moniko X69 -potilas saa psykiatrista hoitoa/ jatkohoitoa ja minkäläistä? Kuinka suuri osa X69 -diagnoosin saaneista potilaista uusii myrkytystilan ja palaa hoitoon myöhemmin samasta syystä? Lisäksi voisi tutkia osastoilla työskentelevien hoitajien ja lääkäreiden psykiatrasta osaamista ja onko kehitystä tapahtunut vuodesta 2003.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Tyypillinen X69 -potilas vuonna 2008 oli 21–23 -vuotias lääkkeillä myrkytystilan hankkinut nainen. Hän saapui päivystykseen marraskuussa sunnuntaina kello 01–02, josta siirtyi sisätautien osastolle 012. Hoito kesti 1,56 vuorokautta ja hän kotiutui samalta osastolta.
2. Tyypillinen X69 -potilas vuonna 2013 oli 21–25 -vuotias lääkkeillä myrkytystilan hankkinut nainen. Hän saapui akuutille sisätautiosastolle TO5A päivystyksen kautta lauantaina heinä- tai elokuussa kello 20–21 tai kello 01–02. Hoito kesti keskimäärin 1,34 ja hänet kotiutettiin poikkeuksetta samalta osastolta.
3. Vuonna 2008 ennen organisaatiomuutosta useita vastaanottavia osastoja, joista X69 – potilaiden eniten työllistämiä sisätautien osasto 012 (ruoansulatuselinten ja umpierityksrauhasten sairaudet) (73 %), aikuisten tehohoito-osasto 950 (13 %) ja sisätautien osasto (hematologia) (5 %). Sisätautien osasto kotiutti enemmän potilaita, kuin oli ottanut vastaan (84 %).
4. Organisaatiomuutoksen jälkeen vuonna 2013 vastaanottavia osastoja oli kolme: akuutti sisätautiosasto TO5A (97 %), sisätautiosasto 3 TO5B (2 %) ja gastroenterologian osasto (1 %). Potilaat kotiutettiin kaikki samoilta osastoilta.
5. Vuoden 2008 ja vuoden 2013 aineistoja ei ole luotettavaa vertailla keskenään, koska Turun yliopistollisen keskussairaalan uudet toimialueet valmistuivat vasta huhtikuussa 2013. Potilaita vuoden 2013 aineistossa on kuitenkin tammi-kuusta 2013 asti. Osastoja ja resursseja yhdistettiin organisaatiomuutoksessa ja varsinkin muutosvaiheessa. Lisäksi tilastotieto ei ollut kaikilta osin luotettavaa johtuen puutteellisista/virheellisistä tiedoista.

LÄHTEET

- Aalto, M., Alho, H., Kiianmaa, K. (toim.), Seppä, K. 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki. Duodecim.
- Alila, A., Matilainen, E., Mustajoki, M., Rasimus, M. (toim.). 2010. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki. Duodecim.
- Forssell, M., Tanhua, H., Perälä, R., Varjonen, V. 2012. Huumetilanne Suomessa 2012. Raportti 75/2012. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Tampere.
- Hannula, K., Mäki, J. & Peippo, M. 2012. Päihde- ja myrkytyspotilaan hoitoon johtaneet syyt ja hoidon kulku Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Turun AMK:n opinnäytetyö.
- Halsinaho, E. 2013. Tyksin sairaanhoitopalvelut. Turun yliopistollinen keskussairaala. Viitattu 27.3.2013. <http://www.tyks.fi/fi/485/59090/>
- Helakorpi, S., Helldán, A., Virtanen S, Uutela A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Raportti 21/2013.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, A. 2005. Päihteiden sekakäyttö. Päihdelinkki. Viitattu 5.9.2013. www.pahdelinkki.fi > Tietopankki > Tietoisuus > 100 –linja: yleistä tietoa > 113 Päihteiden sekakäyttö.
- Huttunen, M. 2013. Päihde- ja huumeriippuvuus. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 5.9.2013. www.terveyskirjasto.fi > Lääkärikirja Duodecim > P > Päihde- ja huumeriippuvuus.
- Jääskeläinen, M. 2011. T-Pro projektit. Turun yliopistollinen keskussairaala. Viitattu 5.9.2013. www.tyks.fi > T-sairaalan laajennus > T-Pro toiminnan kehittäminen > projektit.
- Kantola, I. 2003. Intoksikaatiopotilaat TYKS:n ensiavussa 15.9.-15.12.2003.
- Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, LM., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortakangas, P., Brander, P. & Komulainen J. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Viitattu 5.9.2013 www.kaypahoito.fi > Suositusten käyttö > Hoitoketjut ja oppaat.
- Kiianmaa, K., Salaspuro, M. & Seppä, K. 2003. Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Helsinki. Duodecim.
- Kirves, H. 2010. Lääkeintoksikaatio. Miten tutkitaan ja hoidetaan, mihin kuljetetaan? Systole 3/2010. Viitattu 24.3.2014.
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet – Ammatillisen päihdehoitotyön perusteita. Helsinki: WSOY.
- Liisanantti, Janne. 2012. Akuutin lääkeyrkytyspotilaan ennuste ja ennusteeseen vaikuttavat tekijät. Väitös. Finnanest; 45 (4).
- Nurmi-Lüthje, I., Hinkkurinen J., Salmio, K., Lundell, L., Lüthje, P. & Karjalainen, K. 2011. Itseen vahingoittaneiden potilaiden psykiatrinen konsultaatio toteutuu päivystyksessä vain osittain. Suomen Lääkärilehti 23/2011 vsk66, 1905-1910.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

Päihdelinkki. 2011. Huumeiden yliannostus ja sen ehkäisy. RAY. Viitattu 10.2.2014. www.paihdelinkki.fi > Tietopankki > Tietoiskut > 300 –linja: huumeet ja lääkkeet > 340 Käytön riskejä ja haittoja > 341 Huumeiden yliannostus ja sen ehkäisy.

Rantala, J. & Tynkkynen, S. 2008. Intoksikaatiopotilaan kulku Keski-Suomen keskussairaalassa. Jyväskylän AMK:n opinnäytetyö.

Rathnayake, T. 2011. Drug addiction treatment: Practical Principles. The Joanna Briggs Institute.

Sairanen, S., Tacke, U. 2009. 310 Huumaussaineiden ominaisuuksia. Päihdelinkki. Viitattu 30.3.2014. www.paihdelinkki.fi > Tietopankki > Tietoiskut > 300 -linja: huumeet ja lääkkeet

Salaspuro, M. 2009. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Duodecim 125/2009, 897-904.

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste). Viitattu 24.3.2014. www.stm.fi > Vireillä > Kehittämisohjelmat ja -hankkeet > Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (Kaste).

Surakka, V-M. 2010. 314 LSD ja muut hallusinogeenit. Päihdelinkki. Viitattu 30.3.2014. www.paihdelinkki.fi > Tietopankki > Tietoiskut > 300 -linja: huumeet ja lääkkeet

THL. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos, 2012. Tiedonhankinnan menetelmiä. Viitattu 30.3.2014. Saatavilla: www.thl.fi > Tutkimus ja kehittäminen > Työkalut > Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi > Miten IVA toteutetaan > Menetelmät

THL. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Päihdetilastollinen vuosikirja 2013 – Alkoholi ja huumeet.

THL. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2014. Mielenterveys- ja päihdepalvelut Kaste-ohjelmassa. Viitattu 24.3.2014. www.thl.fi > Tutkimus ja kehittäminen > Ohjelmat > Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma > Yhteistyöohjelmat > Kaste-ohjelma

Terveyskirjasto. 2004. Myrkytyspotilaan välittömät toimenpiteet. Viitattu 24.3.2014. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ima01367

Tilastokeskus 2013. Kvantitatiivinen tutkimus. Viitattu 30.3.2014. Saatavilla: www.tilastokeskus.fi > Etusivu > Tietoa tilastoista > Käsitteet ja määritelmät > Kvantitatiivinen tutkimus.

Turun Ammattikorkeakoulu 2012. Sairaanhoitajaopiskelijat mukana kehittämässä hoitotyötä. Viitattu 4.9.2013. www.turkuamk.fi > Yksiköt > Terveysala > Tutkimus ja kehittäminen > Projektitoiminta.

Turun Kaupunki 2010. Mielenterveys- ja päihdepalvelut Turussa. Turun sosiaali- ja terveystoimi. Terveiden edistämisen yksikkö 2011.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. Viitattu 23.10.2013. www.tenk.fi > HTK-ohje 2012.

Varis, T. 2012. Alkoholijuomien kulutus 2012. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.2.2014. www.thl.fi > Tilastot > Tilastot aiheittain > Päihteet ja riippuvuudet > Alkoholi > Alkoholijuomien kulutus 2012.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Virtuaali Ammattikorkeakoulu. 2013. Tilastollisen analyysin periaatteet. 2010. Viitattu 23.10.2013. Ylemmän AMK- tutkinnon metodifoorumi > 3. Ammatillinen tiedonhankinta > Kvantitatiivisen analyysin perusteet > Tilastollisen analyysin periaatteet

Päihteiden vaikutuksia 2012

Liite 1.Päihteiden vaikutuksia 2012 (THL Päihdetilastollinen vuosikirja 2013.)

2 532	ihmistä kuoli alkoholin käytön vuoksi.
19 134	ihmistä jäi kiinni rattijuopumuksesta.
39 %	henkirikoksiin syyllisiksi epäillyistä oli alkoholin vaikutuksen alaisia.
55 %	pahoinpitelyrikoksista epäillyistä oli alkoholin vaikutuksen alaisia.
71 679	päihtynyttä otettiin säilöön.
48 443	asiakasta kävi A-klinikoilla ja nuorisoasemilla.
11 855	asioi katkaisuhuitoipalveluissa.
6 408	käytti päihdehuollon asumispalveluja tai ensisuojaia.
32 506	hoitojaksossa vuodeosastoilla alkoholisairaus oli pää- tai sivudiagnoosina.
6 483	vuodeosastojaksossa huumesairaus oli pää- tai sivudiagnoosina.

Myrkytyspotilaan välitön hoito – kaavio

Liite 2. Myrkytyspotilaan välitön hoito. (Terveysportti 2004.)

Myrkytyspotilaan välittömät toimenpiteet

